

Función sexual en mujeres con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico en la institución Dialilife periodo marzo- septiembre, 2019.

Sexual Function on Woman with chronic renal insufficiency hemodialysis treatment,
hemodialysis treatment in Dialilife March- September period, 2019

Karen Estefanía Alvarado Romero.

Universidad Católica de Cuenca

Resumen.

La presente investigación de corte transversal y alcance descriptivo se planteó como objetivo general determinar la función sexual en mujeres con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, en el cual participaron 55 mujeres entre las edades de adultez temprana, adultez media y vejez, del centro Dialilife en Cuenca en el año 2019. En la investigación se empleó el Índice de Función Sexual femenina (IFSF). El resultado obtenido se basa en las dimensiones del índice (Deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor), las cuales representan una media que demuestra riesgo de disfunción sexual, debido a que hay mujeres que reportan niveles bajos en las dimensiones.

Palabras Clave: Insuficiencia renal, Hemodiálisis, Función sexual, Disfunción sexual

Abstract:

The present investigation is about cross section and prescriptive scope was established as a general objective to determinate the sexual function on women with chronic renal insufficiency hemodialysis treatment, in which 55 women participated among the ages of early adulthood, middle adulthood and old age, of the department Dialilife in Cuenca in the 2019. The next research the Index of Female Sexual Function (IFSF) was used. The result obtained is based on the dimensions of the index (Desire, excitement, lubrication, satisfaction, orgasm and pain), which represent an average that shows risk of sexual dysfunction, because there are women who report high levels and other low levels in the dimensions.

Key words: chronic renal insufficiency, hemodialysis, sexual function, sexual dysfunction

Introducción.

La salud sexual es un elemento de real importancia en la salud, derechos humanos y en el desarrollo social. Es un estado de bienestar físico, mental y social. Aunque, la sexualidad se puede ver afectada por diferentes aspectos, como enfermedades crónicas, medicamentos, eventos estresantes de nuestro entorno, creencias irracionales (por ejemplo, la población supone que las mujeres con enfermedades crónicas no pueden tener relaciones sexuales) y por trastornos sexuales (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada su salud sexual, debido a características como la Astenia, Halitosis, Xeristomía, además que, la mayoría de pacientes centran su objetivo en la supervivencia y no en el placer sexual. Cabe recalcar que, una las causas de la ERC son la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, las cuales se asocian a daños en la función sexual. Se debe tener en cuenta que la calidad de vida se ve afectada progresivamente desde que aparece la enfermedad, modificando expectativas, esperanzas y objetivos (Beatriz Torres, 2010).

La enfermedad (ERC) en sí puede causar inconvenientes en las relaciones sociales (esposo/a, hijos/as, padres, amigos, etc.) tanto por las alteraciones físicas como emocionales que conllevan el tratamiento, puesto que, en lo último que piensan las personas del entorno del paciente es la vida sexual de éste, apartando esto como algo secundario, lo que produce que la persona que padece la enfermedad no quiera expresar ni comunicar su funcionamiento sexual al personal médico-sanitario ni a las personas de su alrededor (Pérez, 2008).

Según Lola Molatov (2018) la insuficiencia renal en etapa 5 es una enfermedad crónica que se puede tratar con hemodiálisis, afectando las áreas física, psicológica, social y sexual. Una de las consecuencias en cuanto a estas esferas, es la disfunción sexual, la cual se da en mujeres y hombres. Además, según Giorgina B (2018) en la población femenina con insuficiencia renal en tratamiento hemodialítico es evidente el poco valor que se le da a los temas relacionados con la sexualidad, dándole prioridad a la afección física antes que a la emocional.

De acuerdo con entrevistas previas mantenidas con las pacientes del centro, se logró identificar que en algunas de ellas se ha disminuido el deseo sexual y consecuentemente la actividad, debido a efectos secundarios producidos por la ingesta de los fármacos recibidos durante el tratamiento o

comorbilidades como la diabetes. Cabe recalcar que, dentro de la población investigada, la mayoría de mujeres eran adultas mayores, por lo que refirieron que ya habían perdido la actividad sexual con su pareja hace algún tiempo atrás, es decir; antes de poseer la enfermedad, esto debido a ideas irracionales, presencia de otras enfermedades y pérdida del deseo (Molotov, 2018).

Con el presente estudio se pretende determinar la función sexual en mujeres con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, como objetivos específicos conocer las dimensiones de la función sexual en mujeres con insuficiencia renal crónica y establecer asociación entre la función sexual y las variables sociodemográficas: edad, estado civil y nivel educativo.

Marco teórico o conceptual

Insuficiencia renal crónica y consecuencias psicológicas, físicas y orgánicas relacionadas con la respuesta sexual:

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que causa una pérdida progresiva de la capacidad de los riñones para eliminar desechos y equilibrar fluidos, en ocasiones con diagnóstico inalterable (Zamudio, 2003).

La sintomatología de la enfermedad es variable, con cambios bruscos y dañinos en la vida del paciente. Los síntomas físicos y psicológicos pueden ser debilidad, prurito, estreñimiento, dolor, cambios en el patrón de sueño, ansiedad, náuseas, piernas inquietas, depresión, síntomas somáticos, bajo autoestima, ansiedad y alteraciones sexuales (Gutiérrez, 2017).

Los pacientes tienen que seguir un tratamiento complementario, si es que utilizan Hemodiálisis deben tomar los medicamentos recetados por el especialista, dieta (centrada en equilibrar la sal y fluidos, evitar alimentos enlatados, procesados o congelados, controlar potasio y fósforo), cambio de estilo de vida (rutinas, ejercicio, trabajo). Cabe recalcar que estos cambios son eventos estresantes y afectan globalmente a la vida de la paciente, se puede observar inestabilidad emocional, conflictos en las relaciones de pareja, bajo autoestima y psicopatologías (estrés, ansiedad, depresión, etc.) (Departamento de Nefrología de NMH, 2016).

Como ya hemos mencionado anteriormente la ERC afecta a la calidad de vida de las pacientes, produciendo consecuencias:

- Factores psicológicos: es un proceso en el cual el paciente tiene que asumir y aceptar la enfermedad que le diagnostican, pasando por preocupaciones e incógnitas de que sucederá ahora con su calidad de vida, en base a todo esto el paciente puede desarrollar ansiedad, depresión u otros trastornos mentales; se produce miedo a tener relaciones sexuales y daños en el organismo debido a la falta de información sobre esta temática (Isabel Ecija, 2015).
- Factores fisiológicos: los que se producen debido a la enfermedad (malestar general, calambres, vómitos, etc.), efectos secundarios producidos por los fármacos, diabetes o cardiopatías que disminuyen el apetito sexual por su origen vascular y circulatorio (Molotov, 2018).
- Factores orgánicos: las pacientes con ERC pueden presentar anemia, al disminuir el oxígeno en la sangre, lo cual produce disminución en la lubricación y vaginitis atrófica. Además de desregulación endócrina lo que produce alteraciones en la menstruación y la fertilidad. Aumento de la concentración de prolactina, el cual se asocia a la disminución de deseo sexual, vaginitis atrófica, descenso de la lubricación vaginal y dispareunia, entre otros. Al igual la diabetes provoca alteraciones a nivel sexual (anorgasmia, vaginitis). La hipertensión al igual que las enfermedades mencionadas puede producir alteraciones como disminución de la libido (Torres, 2015).

Función sexual femenina:

En la función sexual femenina intervienen factores biológicos, hormonales y psicológicos que, de resultar afectados, producirían daño significativo sobre la salud sexual femenina y calidad de vida (Montero, 2016).

La función sexual es una respuesta fisiológica, la cual se caracteriza por varias dimensiones. Este funcionamiento sexual femenino está compuesto por fases del ciclo sexual: deseo (esta depende de los sentidos, la atracción, además de variables de naturaleza orgánica), excitación (lubricación, dilatación, aumento tamaño del clítoris), orgasmo (no hay control de los músculos, contracciones con inervalos de 0,8 segundos, clítoris retraído) (Ortiz, 2013).

El DSM-IV realiza una agrupación de los trastornos sexuales y de la identidad sexual, por lo tanto, estos pueden aparecer en cualquiera de las fases de la función sexual explicadas anteriormente (Michael B. First, 1994):

- Trastornos del deseo sexual: F52.0 Deseo sexual hipoactivo (disminución de fantasía y deseo de actividad sexual); F52.10 Trastorno por aversión al sexo (aborrecimiento persistente y evitación al contacto genital sexual).
- Trastornos de la excitación sexual: F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (incapacidad persistente de lubricación en la fase de excitación).
- Trastornos orgásmicos: F52.3 Trastorno orgásmico femenino (desde de la fase de excitación se da la incapacidad del orgasmo persistente o recurrentemente).
- Trastorno sexual por dolor: F52.6 Dispareunia (dolor genital durante el coito, puede aparecer antes o después de la actividad sexual); F52.5 Vaginismo (contracción involuntaria persistente o recurrente, debido a la instrucción del pene o tampones).

Materiales y métodos.

La presente investigación será de tipo cuantitativa no experimental de corte transversal y alcance descriptivo; se llevará a cabo como titulación de grado por la estudiante de la carrera de psicología clínica de la Universidad católica de cuenca. La muestra está constituida por 55 pacientes mujeres de un total de 60 mujeres que reciben tratamiento hemodialítico, en DIALILIFE, centro especializado en el tratamiento de diálisis en la ciudad de Cuenca-Ecuador, se les aplicó el reactivo en el periodo febrero-marzo de 2019. Se considera como criterio de exclusión a 2 pacientes que se encontraban hospitalizadas y 3 pacientes que dejaron de asistir al Centro por diferentes razones.

Se emplea el instrumento Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) validado en el año 2000 por Rosen R. et al (2000), según sus propiedades psicométricas de alfa de Cronbach es de $>0,80$ y una consistencia interna de $>0,70$, que permite el uso para medir la función sexual femenina en diversos grupos de edades (Hernández, 2017).

De acuerdo a lo investigado, el instrumento ha sido empleado en poblaciones de mujeres adultas con enfermedades crónicas, como por ejemplo en un artículo realizado por Stripolli en 2012, en parte de Europa y parte de América del Sur, con una muestra de 1472 mujeres con insuficiencia renal crónica.

El instrumento de tipo Likert se basa en las 6 principales dimensiones de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Consta de 19 preguntas de los cuales se

clasifican en: Deseo consta de 2 preguntas (1-2), cada ítem puntúa un rango de 1 a 5, con un factor de 0,6; excitación consta de 4 preguntas (3,4,5,6), puntúan de 0 a 5, con un factor de 0,3; lubricación tiene 4 preguntas (7,8,9,10), puntúan de 0 a 5, con un factor de 0,3; orgasmo mantiene 3 preguntas (11,12,13), puntúan de 0 a 5 y con un rango de 0,4; satisfacción consta de 3 preguntas (14,15,16) con un puntaje de 1 a 5 y un rango de 0,4; y la dimensión dolor consta de 3 preguntas (17,18,19), puntúan 0-5 con rango 0,4. Por lo tanto, el resultado de la suma de las preguntas de cada dimensión se multiplica por el factor y la escala total se obtiene sumando las 6 dimensiones (Castro Viejo Rollo, 2010, pág. 93)

El estudio realizado cumple con los requisitos éticos para la investigación científico-psicológica, por medio de un consentimiento realizado de la Universidad al Centro y del Centro a mi persona, además de un consentimiento escrito a todas las voluntarias de DIALILIFE.

Finalmente, una vez recolectada la información, se filtrarán los datos que serán procesados mediante el paquete estadístico SPSS del cual se derivarán y se estructurarán las tabulaciones y porcentajes requeridos en cuanto a los resultados obtenidos en la presente investigación.

Resultados.

Tabla 1.

Dimensiones de la Función sexual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Deseo	55	2,00	8,00	3,3455	1,85810
Excitación	55	,00	18,00	3,8727	5,42646
Lubricación	55	,00	20,00	4,0909	6,59481
Satisfacción	55	2,00	15,00	5,1091	4,00311
Orgasmo	55	,00	15,00	2,9455	4,85119
Dolor	55	,00	15,00	3,2364	5,75089
N válido (según lista)	55				

Fuente: Índice de función sexual
Autor: Alvarado,2019

Con respecto a la tabla #1 se observa las dimensiones de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor), las cuales se midieron en el Índice de Función sexual femenina aplicado a 55 mujeres con insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, el mínimo oscila entre 0,00 (excitación, lubricación, orgasmo y dolor) y 2,00 (Satisfacción y deseo); el máximo puntúa en deseo 8,00, excitación 18,00, lubricación 20,00, satisfacción, orgasmo y dolor 15,00; las medias obtenidas son las siguientes: deseo 3,34, de excitación 3,38, lubricación 4,09, satisfacción 5,10, orgasmo 2,94 y dolor 3,23. En conclusión, hay mujeres con niveles altos y hay otras con niveles bajos en las dimensiones, por lo tanto la media de cada dimensión es muy baja. En cuanto a la desviación típica se puede observar que los puntajes de deseo con 1,85, satisfacción con 4,00 y orgasmo con 4,85 presentan menor desviación por lo tanto muestran menor dispersión, a comparación de los puntajes de excitación con 5,42, lubricación con 6,59 y dolor con 2,75 que se observa mayor dispersión.

Tabla 2.

Asociación entre la función sexual, satisfacción sexual y las variables sociodemográficas

		Deseo	Excitación	Lubricación	Satisfacción	Orgasmo	Dolor	Suma
		n						
		Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Estado Civil	Soltera	1,98	,85	,97	1,85	,89	1,75	8,30
	Casada	1,91	1,08	1,15	1,85	1,05	,85	7,90
	Viuda	2,40	1,88	2,03	3,30	2,20	2,50	14,30
	Divorciada	1,95	1,05	1,05	2,30	1,10	1,10	8,55
	Unión Libre	4,20	5,40	4,50	4,80	5,20	6,00	30,10
Edad del encuestado	Edad adulta temprana	3,00	2,25	2,40	3,80	2,50	4,40	18,35
	Edad adulta media	2,40	1,89	2,02	2,44	1,88	1,99	12,62
	Vejez	1,40	,16	,14	1,30	,17	,00	3,17
Nivel Educativo	Primaria completa	1,42	,59	,59	1,44	,56	,40	4,99
	Primaria Incompleta	2,48	,86	1,13	2,05	,95	1,10	8,56
	Secundaria completa	2,73	2,26	2,35	2,51	2,36	3,53	15,74
	Secundaria Incompleta	3,00	2,70	2,70	3,80	2,40	1,80	16,40
	Tercer nivel	2,64	1,86	1,80	3,52	1,76	2,00	13,58
	Sin estudios	1,50	,68	,90	1,80	,90	,00	5,78

Fuente: Índice de Función sexual femenina y datos sociodemográficos

Autor: Alvarado,2019.

En la tabla 6 se determina la asociación entre las dimensiones y los datos sociodemográficos, de la siguiente manera: la dimensión deseo, en lo que compete al estado civil, se evidencia que el grupo de mujeres solteras representa la media de 1,98, casadas 1,91, viudas 2,40, divorciadas 1,95 y las de unión libre 4,20, que nos indica que las féminas casadas presentan la menor media. En el factor excitación el menor puntaje es el grupo de las mujeres solteras de 0,97, seguida de las

divorciadas con 1,05, casadas 1,08, viuda 1,88 y unión libre 5,40. En lo referente a la dimensión de lubricación el menor puntaje de la media es del grupo de las solteras de 0,97, seguido de las divorciadas con 1,05, solteras 1,15, viudas 2,03 y unión libre 4,50. Además, en la dimensión orgasmo la media más baja es del grupo de las solteras con un puntaje de 0,89, casadas 1,05, divorciadas 1,10, viudas 2,20 y unión libre 5,20. Por último, en la dimensión dolor la media más baja es en el grupo de las mujeres casadas con 0,85, seguida de las divorciadas con 1,10, solteras 1,75, viuda 2,50, unión libre 6,00.

En el grupo de edad de los datos asociados con las dimensiones de la función sexual femenina, corresponden a un puntaje de: Deseo en la edad adulta temprana con 3,00, edad adulta media con 2,40 y vejez con 21,40; excitación en la edad adulta temprana con 2,25, edad adulta media 1,89 y vejez con 0,16; lubricación en la edad adulta temprana con 2,40, edad adulta media 2,02 y vejez con 0,14; Satisfacción en la edad adulta temprana con 3,80, edad adulta media 2,44 y vejez 1,30; Orgasmo en la edad adulta temprana con 2,50, edad adulta media 1,88 y vejez 0,17; dolor edad adulta temprana con 4,40, edad adulta media 1,99 y vejez 0,00. Por lo tanto, la media de la asociación es muy baja en relación al mínimo y al máximo de las dimensiones.

Por último, en cuanto al nivel educativo asociado con las dimensiones de la función sexual femenina, la media es: deseo en pacientes con la primaria completa es 1,42, en mujeres con la primaria incompleta es 2,48, con secundaria completa es 2,73, secundaria incompleta es 3,00, con tercer nivel es 2,64 y sin estudios es 1,50; excitación en personas con la primaria completa es 0,59, con la primaria incompleta es 0,86, secundaria completa 2,70, secundaria incompleta 2,70, tercer nivel 1,86 y sin estudios 0,68; en lubricación la primaria completa es de 0,59, primaria incompleta 1,13, secundaria completa 2,35, secundaria incompleta 2,70, tercer nivel 1,80, sin estudios 0,90; en satisfacción la primaria completa es 1,44, primaria incompleta 2,05, secundaria completa 2,51, secundaria incompleta 3,80, tercer nivel 3,52 y sin estudios 1,80; en orgasmo la primaria completa es de 0,56, primaria incompleta 0,95, secundaria completa 2,36, secundaria incompleta 2,40, tercer nivel 1,76 y sin estudios 0,90; por último, en la dimensión dolor la primaria completa es de 0,40, primaria incompleta 1,10, secundaria completa 3,33, secundaria incompleta 1,80, tercer nivel 2,00 y sin estudios 0,00. Por lo tanto, la media de la asociación es muy baja en relación al mínimo y al máximo de las dimensiones.

Discusión.

Es importante señalar que las disfunciones sexuales están cada vez más latentes en nuestro medio, demostrando la gran necesidad de que sean investigadas en diferentes temas de la sociedad; por lo tanto, el propósito de esta investigación es determinar la función sexual en mujeres con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, pues, según Toorians et al. (1997) diferentes estudios han analizado un gran predominio de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica.

En nuestra investigación realizada en el Centro Dialilife en Cuenca, se analizó a 55 mujeres encuestadas, 23 estaban casadas, por lo tanto, en este grupo de las dimensiones deseo satisfacción y dolor corresponden al puntaje más bajo. En cambio, en la investigación realizada por Seethala et al. (2010) sobre la función sexual femenina en tratamiento dialítico, consta de una muestra de 66 mujeres 59 en hemodiálisis y 7 en diálisis peritoneal, de las 37 féminas que estaban casadas, 27 presentaban disfunción sexual. Por el contrario, en la investigación de Strippoli (2012) la muestra era de 1472 mujeres de las cuales 659 completaron el cuestionario, el 78% eran mujeres casadas siendo el grupo que tenían menos probabilidad de reportar disfunción sexual, con la media más elevada. La diferencia podría deberse a que la muestra de Strippoli es más elevada que la nuestra y la de Seethala, además de ser realizada en parte de Europa y América del Sur, en cambio nuestro estudio fue realizado en Ecuador en un centro específico, al igual que el de Seethala.

El trabajo de Strippoli (2012) es la muestra más alta con 1472 mujeres encuestadas, el que nos indica que las dimensiones con mayor riesgo de disfunción sexual fueron excitación con una media de 1,8, orgasmo con una media de 2,4, deseo con una media de 2,4 y satisfacción de 3,6. En cambio, en los resultados recogidos en nuestro estudio las dimensiones con la media más baja es Orgasmo y la media más alta es de satisfacción. La diferencia podría deberse a que en nuestro medio proporciona poca información con respecto a la salud sexual, en cambio, debemos tener en cuenta que parte de la investigación de Strippoli fue realizada en un entorno donde la salud sexual es de gran importancia para la población.

Conclusión.

Con respecto al tema de sexualidad en mujeres con insuficiencia renal, se puede observar con todos los datos investigados, la escasez de estudios y las insuficientes actualizaciones de éstos. Además, se encontró en mayor número estudios sobre sexualidad en hombres con insuficiencia renal crónica que en mujeres.

Se puede observar que en las dimensiones hay mujeres con niveles altos y otras con niveles bajos, por lo tanto, la mayoría de mujeres presentan puntajes bajos en todas las dimensiones, esto podría deberse a poco interés sexual, sin interés sexual, sin excitación, sin actividad sexual, poca lubricación, difícil lubricación, dificultad para llegar al orgasmo, sin satisfacción y dolor en la actividad sexual.

En relación con la asociación de las dimensiones de la función sexual con las variables sociodemográficas se evidencia que el grupo de las mujeres con el puntaje más bajo es de las casadas, esto podría deberse a que en nuestro medio existen estigmas sobre la sexualidad en la mujer, además de altos índices de violencia a las mujeres casadas.

En cuanto a la variable sociodemográfica edad asociada con las dimensiones de la función sexual, se puede destacar que el puntaje más bajo de las dimensiones corresponde a la vejez, esto se podría deber a los cambios físicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa de vida.

En cambio, en la variable nivel educativo se puede destacar que el puntaje más bajo de las dimensiones es en mujeres con la primaria completa, por lo tanto, esto se podría deber a la escasez de información referente al tema de sexualidad, entre otros.

Referencias:

- Montero, A. A., & Carnerero, C. S. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 42(5)
- Torres-Rodríguez, B., & Gutiérrez-Gutiérrez, C. (2010). Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Investigaciones Médico Quirúrgicas*, 2(2), 23-27.
- Royo, F. C. (2010). *Función sexual femenina en castilla y león: rangos de normalidad* (Doctoral dissertation, Universidad de Valladolid).
- Alcántara Montero, S. C. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. *ELSEVIER*.
- Torres, A. R. (2015). *Salud, malestares y problemas sexuales, Textos y contextos*. La Habana: Editorial CEDESEX.
- Gutiérrez Sánchez, D., Leiva-Santos, J. P., Macías López, M. J., & Cuesta Vargas, A. I. (2017). Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5. *Enfermería Nefrológica*, 20(3).
- Departamento de Nefrología de NMH. (2016). Hemodiálisis. *Northwestern Medicine*. Obtenido de Northwester Medicine
- Giorgina, M. Z.-H. (2018). *Enfermedad renal en la mujer: reflexiones en el Día Mundial del Riñón 2018*.
- Isabel Ecija, D. V. (2015). *HEMODIALISIS Y DISFUNCIONES SEXUALES*.
- Pérez Escobar, M. M., Herrera Cruz, N., Pérez Escobar, E., & Cabrejas Hernández, Z. (2008). Factores sociales que contribuyen a la morbi-mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis. Un estudio necesario. *Humanidades Médicas*, 8(1)
- Michael B. First, A. F. (1994). *DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON.
- Molatov, L. (2018). La sexualidad en los enfermos renales crónicos. *SEDEN*.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Rosiris Ortiz, H. M. (2013). *Función sexual*. Obtenido de SlideShare: <https://es.slideshare.net/miriamgo30/funcin-sexual>

Seethala, S., Hess, R., Bossola, M., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2010). Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International, 14*(1)

Strippoli, G. F., Depression, C., & Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group. (2012). Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 7*(6)

Toorians, A. W., Janssen, E., Laan, E., Gooren, L. J., Giltay, E. J., Oe, P. L., ... & Everaerd, W.

T. A. M. (1997). Chronic renal failure and sexual functioning: clinical status versus objectively assessed sexual response. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association, 12*(12)

Torres Zamudio, C. (2003). Insuficiencia renal crónica. *Revista Medica Herediana, 14*(1)

Yenima de la Caridad Hernández, J. A. (2017). Función sexual femenina en las estudiantes de Psicología clínica de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20*, (3)